

**ÁREAS DE ATUAÇÕES**  
**Transplante de Coração**  
**Cardiologia**



Universidade de São Paulo



vencerás pela  
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

**Instruções**

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A13**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

**ASSINATURA**

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

## TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u><b>LISTA DE ABREVIACÕES</b></u>	<u><b>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</b></u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca <sup>2+</sup> – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl <sup>-</sup> – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K <sup>+</sup> – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg <sup>2+</sup> – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na <sup>+</sup> – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	 <b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<b>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</b>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO <sub>2</sub> > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup>
<b>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</b>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup>
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup>
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup>
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup>
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm <sup>3</sup>
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup>
	Bastonetes = até 829/mm <sup>3</sup>
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm <sup>3</sup>
	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

**01**

Homem, 48 anos de idade, com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, em classe funcional NYHA IV, mesmo em uso otimizado de betabloqueador, IECA, diurético e antagonista de aldosterona. Apresenta fração de ejeção de 18% e episódios frequentes de internação por congestão. Assinale a alternativa que apresenta uma indicação clássica para transplante cardíaco nesse paciente.

- (A) Ausência de remodelamento ventricular reverso após ressincronização cardíaca.
- (B) Classe funcional IV em tratamento clínico otimizado, com sinais de mau prognóstico.
- (C) Implante de CDI com 2 episódios de terapia apropriada.
- (D) Fração de ejeção abaixo de 25%, independentemente da classe funcional.

**02**

Paciente com insuficiência cardíaca avançada em avaliação para transplante cardíaco, a avaliação hemodinâmica revelou: pressão capilar pulmonar de 26 mmHg, pressão sistólica da artéria pulmonar de 65 mmHg, índice cardíaco de 2,1 L/min/m<sup>2</sup>, e Resistência Vascular Pulmonar (RVP) de 6,5 Wood. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta segundo a diretriz brasileira.

- (A) Contraindicar o transplante.
- (B) Repetir o cateterismo após otimização clínica.
- (C) Realizar teste de vasoconstritor com nitroprussiato.
- (D) Implantar balão intra-aórtico e liberar para transplante.

**03**

Paciente de 47 anos de idade, portador de miocardiopatia chagásica de base, internado em choque cardiogênico dependente de inotrópico, em fila de transplante cardíaco em condição de prioridade por inotrópico + balão intra-aórtico há 23 dias. Painel imunológico classe I 0% classe II 0%. Prova cruzada virtual e real negativas. Submetido a tratamento cirúrgico, é admitido em UTI pós-operatória após transplante cardíaco ortotópico bicaval sem intercorrências. Tempo de circulação extracorpórea: 150 min, tempo isquemia: 190 min, doador 26 anos de idade, mecanismo de morte encefálica: trauma crânio-encefálico, ECO normal. Segundo a última atualização da Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco em relação às metas hemodinâmicas a serem observadas no PO imediato, assinale a alternativa correta.

- (A) Diurese > 0,5 mL/kg/hora e clareamento do lactato arterial são sinais de perfusão orgânica adequada, e são metas hemodinâmicas para as primeiras 24h após transplante.
- (B) Controle glicêmico (glicemia < 210 mg/dL) é importante e pode ser realizado com insulina em infusão contínua, se necessário.
- (C) Ventilação com volume corrente de 10 mL/kg predito e extubação precoce dentro de 24h.
- (D) PAM: 65 mmHg, índice cardíaco: 1,8 L/min/m<sup>2</sup>, PVC: 20 são parâmetros hemodinâmicos adequados nas primeiras 24h após transplante.

**Texto para as questões 04 e 05**

Paciente submetido a transplante cardíaco, há 3 semanas, realiza biópsia endomielocárdica de rotina. O laudo anatomo-patológico descreve: “presença de 3 focos de infiltrado linfocitário intersticial com focos de lesão a cardiomiócitos pontuais”.

**04**

Segundo a classificação da ISHLT adaptada pela diretriz brasileira, qual o grau de rejeição aguda celular mais compatível com esse achado?

- (A) 1R.
- (B) 2R.
- (C) 3R.
- (D) Quilty effect.

**05**

No caso do paciente descrito, o ecocardiograma não evidenciou queda da fração de ejeção. Considerando que o paciente foi submetido a transplante cardíaco há 3 semanas, qual o tratamento mais adequado?

- (A) Ajuste de imunossupressão.
- (B) Timoglobulina.
- (C) Plasmaferese.
- (D) Pulsoterapia com metilprednisolona EV.

**06**

Mulher, 42 anos de idade, transplante cardíaco há 5 meses por miocardiopatia dilatada, apresentando sintomas e sinais de insuficiência cardíaca nos últimos 5 dias. Em uso de ciclosporina 100 mg 2x/d, micofenolato sódico 360 mg 2x/d, prednisona 5 mg/d. Nível sérico de ciclosporina mais recente de 232 mg/dL. Ecocardiograma na admissão com FEVE 34%, hipocinesia difusa, hipertrofia ventricular discreta, disfunção discreta de ventrículo direito. Realizada biópsia endomielocárdica que demonstrou infiltrado linfocitário discreto com um foco de agressão de cardiomiócitos, presença de edema de células endoteliais, imunofluorescência positiva para C4d. Painel imunológico em andamento. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que abrange a classificação de rejeição celular aguda e de rejeição mediada por anticorpos, segundo a Diretriz Brasileira de Transplante, e o tratamento inicial mais adequado para o paciente.

- (A) 2R, pAMR1-I+. Pulso com metilprednisolona; plasmaferese; imunoglobulina.
- (B) 1R, pAMR2. Pulso com metilprednisolona; timoglobulina; plasmaferese; imunoglobulina.
- (C) 2R, pAMR0. Pulso com metilprednisolona; timoglobulina; troca de ciclosporina por tacrolimo.
- (D) 1R, pAMR0. Pesquisar outras causas de disfunção ventricular.

**07**

Paciente com 2 meses de transplante cardíaco apresenta creatinina sérica de 2,4 mg/dL (valores prévios: 1,1 e 1,3 mg/dL), pressão arterial de 140×90 mmHg e queixas de tremores finos nas mãos. Está em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. O exame mostra tacrolimo com nível de vale de 18 ng/mL. Assinale a alternativa que apresenta a principal conduta.

- (A) Substituir, imediatamente, tacrolimo por ciclosporina.
- (B) Aumentar a dose de prednisona para compensar a nefrotoxicidade.
- (C) Reduzir a dose de tacrolimo, monitorar função renal e imunossupressão.
- (D) Suspender o micofenolato e manter os outros imunossuppressores.

**10**

Mulher, 59 anos de idade, realizou transplante cardíaco ortotópico há 10 anos, evolui com dispneia aos esforços e fadiga progressiva. ECG sem alterações agudas. Ecocardiograma mostra fração de ejeção 45%, sem valvopatias. Último exame com fração de ejeção de 55%. Troponina discretamente elevada. Último painel imunológico negativo. Considerando o tempo de transplante, qual a hipótese diagnóstica mais provável, mecanismo de ação e principal investigação?

- (A) Rejeição aguda celular; infiltrado linfocitário difuso, biópsia endomiocárdica.
- (B) Doença aterosclerótica clássica; acúmulo de LDL e placas excêntricas, cateterismo cardíaco esquerdo.
- (C) Vasculopatia do enxerto; disfunção endotelial imuno-mediada difusa, cateterismo cardíaco.
- (D) Rejeição humorada; vasculite microvascular com trombose, biópsia endomiocárdica.

**08**

Homem, 52 anos de idade, 3 meses após transplante cardíaco, apresenta dispneia progressiva e BNP elevado. Ecocardiograma revela disfunção sistólica global com fração de ejeção de 35% (prévia: 60%). Biópsia endomiocárdica mostra infiltrado intersticial escasso, ausência de necrose de miócitos e presença de C4d positivo em imunohistoquímica. Hemograma e eletrólitos normais. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Intensificar corticoide e repetir ecocardiograma em uma semana.
- (B) Iniciar imunoglobulina, metilprednisolona IV, plasmaférese. Monitorar níveis de DSA (*Donor Specific Antibody*).
- (C) Aguardar nova biópsia, pois não há infiltrado significativo.
- (D) Realizar cateterismo para avaliar rejeição mediada por anticorpos.

**09**

Homem, 56 anos de idade, com miocardiopatia chagásica. Hospitalizado por descompensação em choque cardiogênico há 60 dias. Evoluiu com dependência de inotrópico, sendo avaliado para transplante cardíaco e ativado em fila. Sorologias: Epstein-Barr vírus IgG positivo e IgM negativo; citomegalovírus IgG positivo e IgM negativo; toxoplasmose IgG e IgM negativos. Tem antecedentes de alergia à sulfa. Doador do sexo masculino, 32 anos de idade, vítima de trauma crânioencefálico por acidente automobilístico, internado há 7 dias, em uso de meropenem por broncopneumonia. Sorologias do doador: Epstein-Barr vírus IgG positivo e IgM negativo; citomegalovírus IgG positivo e IgM negativo; toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo. Em relação à profilaxia de infecções no pós-transplante cardíaco no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A profilaxia antibacteriana deve ser realizada com a droga utilizada pelo doador.
- (B) O uso de benzonidazol por 60 dias está indicado para prevenção de reativação de Chagas.
- (C) Está indicado uso de trimetoprim-sulfametoxazol e vigiar sorologia para toxoplasmose do receptor no pós-transplante.
- (D) Há superioridade da profilaxia primária em relação à estratégia de terapia preemptiva para prevenção de infecção por citomegalovírus.

**11**

Homem, 37 anos de idade, submetido a transplante cardíaco há 9 meses, evolui com febre baixa persistente, perda de peso e linfadenomegalia cervical. Está em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. Sorologia mostra EBV IgG positivo e PCR para EBV elevado. Biópsia do linfonodo mostra proliferação linfoide atípica com positividade para CD20 e EBER (RNA do EBV). Qual o diagnóstico e conduta inicial mais adequada?

- (A) PTLD (doença linfoproliferativa pós-transplante); reduzir imunossupressão.
- (B) Linfoma não Hodgkin; iniciar R-CHOP imediatamente.
- (C) Infecção oportunista por CMV; iniciar ganciclovir IV.
- (D) Linfadenopatia reacional viral; acompanhamento clínico ambulatorial.

**12**

Paciente de 64 anos de idade, 6 semanas após transplante cardíaco, apresenta febre de 38,5 °C, tosse seca, dispneia progressiva e hipoxemia. Raio-X de tórax mostra infiltrado intersticial bilateral. Está em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. A lactato desidrogenase encontra-se elevada. O lavado broncoalveolar revela organismos com coloração de prata de Gomori (GMS) positiva. Assinale a alternativa que apresenta o agente etiológico mais provável e a conduta inicial.

- (A) *Aspergillus fumigatus*; iniciar voriconazol.
- (B) Cytomegalovirus; iniciar ganciclovir.
- (C) *Histoplasma capsulatum*; iniciar anfotericina B lipossomal.
- (D) *Pneumocystis jirovecii*; iniciar trimetoprim-sulfametoxazol.

**13**

Homem, 61 anos de idade, transplantado cardíaco há 4 meses, em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona, é internado com febre intermitente há 10 dias, cefaleia holocraniana progressiva e náuseas. Está afebril no momento da avaliação, com exame neurológico sem sinais focais, mas confuso e sonolento. Hemograma com leucopenia leve. TC de crânio sem alterações. Líquor: pressão de abertura 36 cmH<sub>2</sub>O, glicose 24 mg/dL, proteínas 92 mg/dL, 70 células/mm<sup>3</sup> (linfomononucleares). Tinta da China positiva e antígeno criptocóccico no líquor positivo. Assinale a alternativa correta sobre o manejo desse caso.

- (A) O tratamento inicial é com fluconazol por via oral em altas doses por pelo menos 6 semanas.
  - (B) A redução abrupta da imunossupressão deve ser evitada para prevenir rejeição hiperaguda.
  - (C) A realização de punções lombares repetidas não está indicada, uma vez que a terapia antifúngica corrige a hipertensão intracraniana.
  - (D) A combinação de anfotericina B lipossomal + flucitosina é o tratamento de escolha na fase de indução.
- 

**14**

Homem, 58 anos de idade, submetido a transplante cardíaco há 1 ano, comparece à UTI com queixas de dispneia progressiva, tosse seca e febre não documentada há 3 dias. Está em uso de everolimus, tacrolimo e prednisona como esquema imunossupressor. Ao exame físico, apresenta úlceras orais dolorosas, crepitações finas bilaterais à auscultação pulmonar, e hipoxemia leve (SpO<sub>2</sub> de 89% em ar ambiente). Radiografia de tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso e pequeno derrame pleural bilateral. TC de tórax confirma infiltrado em vidro fosco. Procalcitonina normal. Lavado broncoalveolar negativo para bactérias, fungos, CMV e Pneumocystis. PCR-CMV indetectável. Glicose e eletrólitos normais. Em relação ao caso descrito, qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Pneumocistose pulmonar (*Pneumocystis jirovecii*).
  - (B) Pneumonia viral por CMV.
  - (C) Toxicidade por everolimus (inibidor de mTOR).
  - (D) Síndrome da reativação do vírus herpes simples.
- 

**15**

Paciente de 60 anos de idade, 1 ano após transplante cardíaco, apresenta creatinina de 2,6 mg/dL (prévia: 1,3 mg/dL), proteinúria subnefrótica e hipertensão arterial. Está em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. Exames mostram HbA1c de 6,9%, LDL de 160 mg/dL, ácido úrico elevado e taxa de filtração glomerular estimada de 38 mL/min. Qual das condutas a seguir está mais alinhada às recomendações da diretriz brasileira para manejo pós-transplante nesse cenário?

- (A) Suspender tacrolimo e iniciar azatioprina.
- (B) Iniciar estatina, inibidor da ECA e reduzir nível sérico do inibidor da calcineurina.
- (C) Reduzir imunossupressores e suspender IECA para preservar a filtração glomerular.
- (D) Considerar transplante renal em caso de nova piora e manter medicações em uso.

**16**

Homem, 65 anos de idade, branco (pele clara), agricultor, realizou transplante cardíaco há 5 anos, comparece à consulta de rotina. De antecedentes, ele é ex-tabagista com carga tabágica de 40 anos-maço. Está assintomático. Imunossupressão com everolimo e prednisona. Não realizou exames oncológicos nos últimos 2 anos. Qual das seguintes estratégias de rastreamento é mais adequada para este paciente, considerando as recomendações da diretriz brasileira?

- (A) Ressonância magnética do abdome, tomografia de tórax.
  - (B) PET-CT a cada 2 anos para rastreio de tumores sólidos.
  - (C) Rastreamento de câncer de pele, próstata, trato gastrointestinal e pulmão, com base no perfil individual.
  - (D) Biópsias periódicas de pele e linfonodos, mesmo na ausência de lesões.
- 

**17**

Homem, 49 anos de idade, com miocardiopatia dilatada, INTERMACS 2, foi submetido à implantação de dispositivo de Assistência Ventricular Esquerda (LVAD) tipo contínuo como ponte para transplante. Dois meses após o implante, retornou ao ambulatório com queixa de fadiga e queda da pressão arterial com piora de classe funcional. Exames laboratoriais mostraram elevação de bilirrubinas, TGO e TGP. O hemograma e o PCR (Proteína C Reativa) estavam normais, o INR era de 3,5. Ao exame físico, apresentou PAM de 60 mmHg, turgência jugular, pele fria, sem febre. Ausculta cardíaca sem bulhas audíveis. Os parâmetros de consumo de energia do dispositivo estão normais. Considerando os dados do exame físico e a história do paciente, qual o diagnóstico mais provável e conduta?

- (A) Infecção do sítio do LVAD; iniciar antibiótico empírico.
  - (B) Sangramento digestivo por anticoagulação excessiva; suspender warfarina.
  - (C) Trombose de rotor do LVAD; substituição imediata do dispositivo.
  - (D) Hipoperfusão por disfunção do ventrículo direito; suporte inotrópico e vasopressor.
- 

**18**

Paciente de 50 anos de idade, em PO imediato de transplante cardíaco, tempo de CEC de 185 min, tempo isquémico de 4h. Admitido em leito de UTI, apresenta os seguintes parâmetros em cateter de artéria pulmonar: IC de 1,9 L/Min/m<sup>2</sup>, PVC de 17 mmHg (pressão venosa central de 8 a 12 mmHg), pressão capilar pulmonar de 23 mmHg, evoluindo com hipotensão, refratária à reposição de cristaloide, sendo necessário início de vasopressores e implante de balão intra-aórtico. Paciente apresenta painel imunológico 0 e provas cruzadas negativas. Nesse cenário, a provável etiologia da instabilidade hemodinâmica será:

- (A) Choque vasoplégico.
- (B) Disfunção primária do enxerto.
- (C) Rejeição hiperaguda.
- (D) Tamponamento cardíaco.

**19**

De acordo com a 3<sup>a</sup> Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco (2018), em relação ao Transplante Cardíaco (TxC) e a Disfunção Primária do Enxerto (DPE) como potencial complicaçāo pós-operatória, é correto afirmar:

- (A) É definida por fração de ejeção  $\leq 45\%$  detectada nas primeiras 24 horas após o TxC. Excluem o diagnóstico: (1) uso de doses progressivas de drogas vasoativas; (2) necessidade de dispositivos de assistência ventricular mecânica para suporte circulatório; e (3) presença de sepse e de disfunção ventricular direita associada à hipertensão pulmonar e sangramento.
- (B) A maior mortalidade nos primeiros 30 dias pós-TxC é causada por infecção associada aos dispositivos implantados e pneumonia intra-hospitalar.
- (C) A idade do doador e o tempo de isquemia não são fatores de risco importantes para a redução da sobrevida do enxerto cardíaco.
- (D) Apesar de ainda não completamente elucidada, a patogenia da DPE é multifatorial e envolve fatores relacionados ao enxerto, ao procedimento e ao receptor. O tratamento padrão é composto de doses escalonadas de inotrópicos, vasodilatadores, vasopressores e óxido nítrico.

● ● ● ● ●

**20**

Paciente com IC avançada foi internado para avaliação de elegibilidade para transplante. Apresenta os seguintes dados hemodinâmicos ao CATE-D:

DC: 1,7 L/min/m<sup>2</sup>  
PCP: 22 mmHg  
PSAP: 54 mmHg  
PVC: 14 mmHg  
RVP: 5,2 Wood  
IC: 1,8 L/min/m<sup>2</sup>

Em relação aos dados apresentados, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente não apresenta contraindicação ao transplante.
- (B) A PSAP está dentro da normalidade, o que exclui hipertensão pulmonar significativa.
- (C) A RVP  $> 5$  U Wood sem reversibilidade contraíndica o transplante.
- (D) O índice cardíaco  $> 1,5$  descarta IC avançada.

Note e adote:

DC: débito cardíaco;  
PCP: pressão capilar pulmonar;  
PSAP: pressão sistólica na artéria pulmonar;  
PVC: pressão venosa central;  
RVP: resistência vascular pulmonar;  
IC: índice cardíaco.

RASCUNHO

